

# 凍結受精卵に関する同意書

凍IV

新規 更新

医療法人小春会 八戸クリニック院長殿

(保険／自費)

私たちは凍結受精卵を用いた治療についての内容及びそれに伴い発生の可能性のある諸事項について説明を受け承諾致しました。凍結受精卵を用いた治療を希望しその実施を依頼します。

- 当施設における凍結受精卵を用いた治療は日本産科婦人科学会会告「ヒト胚および卵の凍結保存と移植に関する見解」の趣旨に沿って正常な夫婦または事実婚カップルに限定して行うものとし、受精卵の他人への譲渡や代理母に移植してはならない。
- 凍結受精卵の融解移植で妊娠した場合においても、胎児奇形、流産、子宮外妊娠の危険性が存在する。
- 受精卵を凍結しても何らかの障害で移植できないことがある。
- 凍結術中の長時間の停電や凍結保存中の予期せぬ地震などにより保存が困難となることがある。
- 医師らの不慮の事故、体調不良、クリニックの閉院などによって凍結保存・治療を継続出来なくなる場合がある。
- 凍結胚の保存期間は1年とし、更新しない場合は廃棄となる。但し以下の理由がある場合には期間内であっても確認の上廃棄するものとする。
  - 夫婦が離婚した場合
  - 夫婦のどちらかが死亡した場合
  - 夫婦または夫婦のどちらかから廃棄の申し出があった場合
  - 女性の生殖年齢を超えた場合

凍結受精卵 (採卵日 年 月 日)	
3日目胚 個	凍結日 年 月 日
4日目胚 個	凍結日 年 月 日
5日目胚 個	凍結日 年 月 日
6日目胚 個	凍結日 年 月 日

凍結期限			
西暦 年 月 日			

期限1カ月前から意思の確認を致します。住所、電話番号変更時は速やかにお知らせください。

更新の意思のある方は以下のものが必要となります

- ①凍結胚更新同意書 ②更新料 ③生殖補助医療計画書

※連絡が取れない場合や凍結保存満了日から3か月を過ぎても手続きが完了しない場合は凍結胚が廃棄となります。

西暦 年 月 日

妻氏名 (自署) \_\_\_\_\_ 生年月日 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

夫氏名 (自署) \_\_\_\_\_ 生年月日 年 月 日

住 所 □同上